

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

122

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 Décembre 1904, à 1 heure

PAR

Paul-Henri LAURENT

Ancien Interne des Hôpitaux
et Lauréat de l'Ecole de Médecine de Reims

**Sur le Traitement
des Abscess Ganglionnaires Tuberculeux
par les Injections d'Eau Phéniquée**

Président : M. BERGER, professeur

Juges : { *MM. POZZI, professeur*
FAURE, agrégé
BEZANÇON, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

—
1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. DEBOVE.
	Professeurs	MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIASDUVAL
Opérations et appareils.....		RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		GILBERT.
Hygiène.....		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	}	TILLAUX.
		TERRIER.
		BERGER.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat)
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES ET SCEURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'hôpital Necker
Officier de la Légion d'honneur.

SUR LE TRAITEMENT
Des Absès Ganglionnaires Tuberculeux
par les Injections d'Eau Phéniquée

Avant d'entreprendre ce travail une obligation, aussi inéluctable que douce à remplir, nous retient : celle de la reconnaissance.

Sans plus tarder nous sentons le besoin d'adresser à tous ceux qui furent nos maîtres un sincère et vif remerciement.

Notre premier devoir est de remercier notre père qui a guidé nos premiers pas dans la science médicale et qui a été pour nous le modèle du médecin dévoué, zélé, d'une probité et d'une bonté sans égales. Ce modèle restera toujours fixé dans notre esprit et nous servira de guide dans le cours de notre vie.

Nous n'oublierons jamais les leçons si pratiques et si paternelles de M. le professeur H. Henrot, directeur de l'Ecole de médecine de Reims, dans le service duquel nous avons appris les principales notions de la séméiologie médicale.

M. le professeur A. Pozzi a été pour nous, pendant le séjour que nous avons fait dans son service, en qualité d'interne, un conseiller de haute valeur. Qu'il reçoive ici l'expression de toute notre gratitude.

MM. les Professeurs de l'Ecole et de l'Hôtel-Dieu, et spécialement : MM. Langlet, Hoel, Lardennois, Simon, ont droit aussi à notre reconnaissance pour les délicates et multiples attentions dont ils nous ont comblé pendant notre séjour à Reims.

C'est au milieu de tous ces maîtres, en méditant leurs actes, en écoutant leurs conseils, que nous avons saisi toute la beauté de la profession médicale, que nous avons compris que si le médecin a besoin de science, il ne saurait se passer de cœur, et que bien souvent, au lit du malade, il faut savoir tout à la fois soigner et consoler.

A Paris, nous avons eu l'honneur d'être attaché au service de M. le professeur Guyon et de profiter des leçons d'un maître que les étrangers nous envient.

Chez le professeur agrégé Maygrier, nous avons appris l'art de l'accouchement et nous sommes sorti de la maternité de la Charité avec un bagage de conseils pratiques et de méthodes aussi simples que sûres.

Nous fûmes un disciple fervent de M. le Docteur Comby, et nous avons appris de lui à soigner les enfants avec douceur et patience.

A tous ces maîtres, nous adressons l'expression de notre reconnaissance et souhaitons que longtemps

encore d'autres, après nous, profitent de leur enseignement.

M. le Professeur agrégé Marion nous a permis de suivre à l'Hôtel-Dieu son service de consultations et a bien voulu nous donner le sujet de cette thèse ; qu'il en soit ici vivement remercié.

MM. Petit, Moughal et Duranton, externes des hôpitaux, ont été pour nous de véritables amis, et nous ont favorisé la rédaction de cette thèse. Nous les en remercions beaucoup.

M. le Professeur Berger a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde et très respectueuse gratitude.

Durant le séjour que nous avons fait dans le service de la consultation externe de l'Hôtel-Dieu, service si habilement dirigé par M. le professeur agrégé Marion, nous avons été frappé par la fréquence des adénites tuberculeuses. Les remarquables effets que produit le traitement qui leur a été appliqué par le docteur Marion, nous font un devoir de faire connaître ce traitement.

Quoi de plus triste que de voir ces enfants, car ce sont eux qui paient le plus lourd tribut à ces maladies, après avoir subi pendant quelque temps un commencement de traitement resté sans succès, être abandonnés à leur sort et aux soins de la bonne nature, *natura medicatrix*, qui ne peut toujours faire à elle seule les frais d'une cure complète et définitive.

Certes, le traitement de ces pauvres petits malades est pour le médecin une préoccupation constante ; il exige une perte de temps souvent considérable, un travail ingrat dont le résultat paraîtra souvent bien aléatoire. Mais le médecin se doit à ses malades, il ne doit pas cesser la lutte et abandonner la guérison au hasard. Nous croyons leur être utile en publiant ces lignes, car n'avons-nous pas vu, en effet, survenir une amélioration constante et plus souvent

encore la guérison, chez tous les malades que nous avons eu à traiter ?

Avant d'exposer la méthode qui nous a conduit à de si bons résultats, nous allons faire un résumé succinct de la question des adénites tuberculeuses, résumé comprenant leur étiologie, pathogénie, symptomatologie. Nous dirons quelques mots de leur diagnostic, puis nous examinerons les méthodes employées jusqu'à ce jour dans le traitement des adénites tuberculeuses suppurées, et nous parlerons enfin plus longuement de la méthode nouvellement inaugurée par notre Maître, c'est-à-dire les ponctions suivies d'injections d'une solution d'eau phéniquée à 5 pour cent.

Les premières discussions de doctrine sur les tuberculoses externes se sont engagées au sujet de la tuberculose ganglionnaire. Les adénites chroniques cervicales ont constitué jadis la part dominante du domaine de la scrofule : on les décrivait sous le nom d'écrouelles, de ganglions strumeux.

La triple démonstration fournie par l'anatomie pathologique, les inoculations et la bactériologie a établi que ces lésions devaient rentrer dans le cadre de la tuberculose.

Dès le commencement de ce siècle, d'ailleurs, grâce aux travaux de Beyle, Laënnec et Lebert la question était résolue au sujet des adénites évoluant chez des sujets atteints de phtisie pulmonaire. Mais le débat se maintenait pour les adénites apparaissant spon-

tanément, ou du moins sans trace de tuberculose viscérale préexistante.

Il a fallu arriver à l'époque moderne pour que la preuve de leur étiologie fût faite. La preuve anatomo-pathologique a été établie surtout par Schuppel et Thaon : il y a identité des altérations histologiques dans les ganglions reconnus tuberculeux et ceux dits scrofuleux.

En 1862, Koch donna la preuve bactériologique, car il trouvait le bacille deux fois sur trois dans les cellules géantes des ganglions scrofuleux.

La troisième preuve donnée par l'inoculation nous est fournie, dès 1868, par Villemin qui était arrivé à réaliser des phtisies généralisées par l'inoculation expérimentale des produits d'écrouelles.

Par quelles voies le bacille de Koch peut-il parvenir au ganglion lymphatique ? Il est évident *à priori* qu'il n'en existe que deux possibles : la voie lymphatique et la voie sanguine. Le mécanisme de l'infection tuberculeuse des ganglions par la voie lymphatique est facile à comprendre. Partout où le bacille aura pu faire effraction dans les tissus, qu'il ait d'ailleurs laissé ou non des traces de son effraction sous forme d'une lésion spécifique au point d'entrée, il se trouvera en contact, dès le tégument franchi, dans les mailles du tissu conjonctif avec un leucocyte qui l'englobera et l'entraînera dans un vaisseau lymphatique et bientôt dans un ganglion voisin.

Les inoculations tuberculeuses de la peau sont relativement rares. La glande mammaire, dont les

conduits excréteurs s'ouvrent à la peau comme ceux des glandes sébacées, est parfois le siège de tuberculose qui entraîne à sa suite une adénite tuberculeuse de l'aisselle. Les lésions pulmonaires infectent les ganglions trachéo-bronchiques et susclaviculaires. Les ganglions de l'aîne se prennent au cours d'une tumeur blanche du genou ou de la hanche.

Mais le territoire lymphatique le plus fréquemment atteint c'est celui qui correspond aux ganglions cervicaux 80 o/o. La raison en est évidente *a priori*, car c'est à ce territoire que se rattachent les régions les plus exposées aux infections extérieures : la face, l'entrée des voies respiratoires et digestives, la muqueuse nasale, la bouche, le pharynx, les amygdales, etc. La carie dentaire peut être aussi la voie d'accès du bacille. Des adénopathies similaires accompagnent aussi la tuberculose osseuse. M. Mauclaire dans sa thèse si instructive et si remarquable propose même l'appellation de tuberculose adéno-osseuse pour ces formes d'infection tuberculeuse.

Quant à l'infection par voie sanguine, elle est assez rare. L'examen du sang pris chez des tuberculeux chroniques a donné huit résultats négatifs sur neuf à Ettlinger.

La micro-polyadénite chronique semblait *a priori* pouvoir relever d'une infection sanguine. Mais on a prouvé qu'il s'agit plutôt d'une réaction, d'une hypertrophie fonctionnelle des ganglions en présence de l'infection tuberculeuse.

La question d'une infection sanguine possible

se pose également à propos de certaines formes d'adénopathies tuberculeuses hypertrophiques sans tendance à la caséification ni à la suppuration pour lesquelles M. le professeur Berger a proposé le nom de « lymphome tuberculeux ». Il semble que l'on puisse dans ces cas invoquer tout aussi bien l'infection par la voie lymphatique.

À la voie sanguine paraissent seulement devoir être rattachés certains cas assez rares de tuberculose ganglionnaire congénitale et de tuberculisation aiguë des ganglions, sans parler de ceux où les ganglions peuvent au cours d'une granulie, recevoir une embolie bacillaire qui n'a le plus souvent pas le temps d'y créer de lésions. La très grande majorité des adénites tuberculeuses chirurgicales nous paraît donc relever d'une infection lymphatique.

Que nous révèle l'examen histologique de ces ganglions ? D'après le professeur Reclus on constate les lésions suivantes :

Le plus souvent il y a hypertrophie, ils sont congestionnés, et au début indépendants les uns des autres. Plus tard, rarement un seul est atteint. Leur consistance assez dure, élastique, rénitente, se modifie avec les progrès de la dégénérescence. La tumeur d'un gris-jaunâtre pâle, présente une surface parsemée de points opaques dont quelques-uns ont l'aspect de granulations grises, ils se réunissent en ilots caséeux ramollis en leur centre et transformés en une masse qui, suivant son âge et sa période d'évolution, rappelle le pus, le mastic ou la craie. On a, comme

dans les autres dégénérescences tuberculeuses, la période des nodules crus, celle du ramollissement et celle des abcès.

A l'examen histologique on constate, soit des granulations, soit des masses infiltrées. Les granulations sont formées à leur début par le tissu réticulé dans lequel les cellules lymphatiques paraissent comme tissées, deviennent granuleuses et s'atrophient. Les capillaires s'oblitérent et il se forme des cellules géantes. Le tissu réticulé qui avoisine les granulations se continue dans leur intérieur, de telle sorte que le tissu des granulations tuberculeuses des ganglions est très voisin du tissu réticulé normal.

La dégénérescence caséuse est fréquente. On constate aussi une transformation fibreuse du tissu réticulé. Cette transformation interstitielle se rencontre même dans les ganglions tuberculeux atteints de suppuration.

Au bout d'un certain temps, des tubercules crus se ramollissent et un abcès se forme au centre du ganglion. Le pus en est séreux, grumeleux et mal lié, il contient une matière caséuse blanchâtre, opaque, friable, non miscible à l'eau.

Babes a montré qu'il y avait association microbienne de staphylocoques et de streptocoques. Il ne renferme pas toujours des bacilles de Koch.

La tuberculose ganglionnaire se présente sous des formes différentes : 1° Elle peut se limiter à un seul ganglion, c'est une forme peu fréquente.

2° Elle peut s'étendre à plusieurs ganglions d'un

même groupe où à plusieurs groupes voisins. C'est la forme habituelle.

Cette polyadénite comprend deux types différents. Dans certains cas les ganglions gardent leur indépendance; dans d'autres, les glandes sont devenues adhérentes, indistinctes, confondues dans une gangue de périadénite, c'est le paquet ganglionnaire des polyadénites suppurées massives.

Au début de leur évolution tuberculeuse, les ganglions sont durs, roulent sous le doigt, n'adhèrent point à la peau; ils peuvent demeurer à cet état d'hypertrophie qui dure pendant des mois entiers, évoluer vers la sclérose et disparaître. Le plus souvent ils tournent à la caséification et deviennent un véritable abcès ganglionnaire. Dans ce cas, la tuméfaction s'accroît, et la consistance change. A la surface du ganglion un point plus dépressible se manifeste. Puis la coque se crève, le tissu conjonctif ambiant s'inocule; un adéno-phlegmon tuberculeux peut prendre aussi naissance, caractérisé par des lésions extra et intra-ganglionnaires. Dans les parties molles la paroi tuberculogène périphérique finit par s'ouvrir à la peau. Parfois ces adénites tuberculeuses prennent une allure rapide pour atteindre l'ulcération. La cause en est le plus souvent due à des infections secondaires où interviennent les streptocoques ou staphylocoques.

A l'ouverture de l'abcès succèdent des fistules, à suppuration tenace, à contours irréguliers, à bords minces et rougeâtres ou violacés.

D'après cette description, l'on voit que le diagnostic est facile pour les abcès ganglionnaires, qu'on ne pourrait confondre qu'avec les adéno-phlegmons qu'il est facile de diagnostiquer.

Lorqu'on se trouve en présence d'un ganglion suppuré, deux moyens se présentent : Agir directement et chirurgicalement sur le foyer de suppuration, ou bien agir indirectement par des modifications chimiques.

Par la première méthode, on met à nu le foyer, on le nettoie des fongosités qui l'encombrent ; on gratte et avive les surfaces au moyen de la curette et du ciseau à froid, et l'on ne s'arrête que quand on est arrivé dans un tissu paraissant sain. Alors on tamponne, draine et suture suivant le cas.

Dans la deuxième méthode, on laisse de côté les bistouris et instruments tranchants, et l'on s'arme d'une seringue au moyen de laquelle on porte au cœur du foyer les liquides modificateurs qui doivent, par leur action continue et prolongée, d'une part atténuer d'abord la virulence des agents de la suppuration, gêner leur pullulation et finalement les tuer, et d'autre part dissoudre les fongosités, exciter la vitalité endormie des parois suppurantes et y déterminer l'apparition de bourgeons charnus capables d'amener l'oblitération de la cavité.

Voici pour le traitement local ; mais dans l'un et dans l'autre cas on y associe le traitement général consistant dans une bonne hygiène et dans la suralimentation. On combat par ce moyen d'une importance

capitale la déchéance de l'organisme qui se produit sous l'influence de la résorption des produits virulents et toxiques au niveau des surfaces malades et de l'épuisement dû à la longue et souvent abondante suppuration dont il doit faire les frais. Trop rares malheureusement sont ceux qui bénéficient de ce traitement général, et la majorité croupit dans des conditions sanitaires mauvaises et souvent déplorable. Il leur faudrait à la fois le repos physique, l'air et la lumière, et une alimentation abondante, surabondante même ; il leur faudrait l'air de la mer, cet air vif et salin qui donne un appétit plus grand et plus constant ; il faudrait ajouter à leur régime, une bonne hygiène, une grande régularité dans tous les détails pour les heures des repas, du lever, du coucher, etc. Mais hélas ! tout leur manque à ces déshérités de la fortune, et il faut se contenter du traitement local. Des deux procédés, celui consistant en injections modificatrices nous semble le meilleur, car en effet les interventions chirurgicales ne modifient souvent pas la situation qu'elles prétendaient améliorer, et après un temps variable, où les plaies semblent vouloir se cicatriser et se cicatrisent même en partie, on voit réapparaître ces bourgeons blanchâtres et sans vitalité, et ces fongosités que l'on croyait avoir supprimées définitivement. De plus on peut faire encore d'autres reproches à cette méthode de traitement. Outre qu'on n'est jamais sûr d'avoir tout enlevé même en faisant de larges sacrifices, même en dépassant les limites visibles du mal, on ne peut

en mettant les choses au mieux, obtenir dans la plupart des cas la guérison qu'au prix de dégâts toujours fâcheux. Enfin, ces interventions longues et minutieuses, pour avoir des chances d'être efficaces, ne sont pas sans un certain risque d'inoculation tuberculeuse. Pourtant il ne faut pas condamner absolument cette méthode, car il est des cas où les lésions étant bien nettes, parfaitement limitées et encapsulées, on peut réussir du premier coup à obtenir la guérison.

Reste donc la méthode conservatrice. Dans cette méthode on va confier à des agents chimiques, à des caustiques et des antiseptiques, le soin d'aller combattre les colonies microbiennes dissoudre et éliminer les productions tuberculeuses qui encombrant la cavité ganglionnaire. Tandis que les microbes plongés dans un milieu de culture qui leur est devenu défavorable perdront de leur vitalité et de leur virulence, les fongosités, dont la nutrition est imparfaite, se laisseront attaquer par ces agents.

Un certain nombre de substances ont été employées dans ce but, et toutes ont eu leur courant de vogue. On se souvient de la méthode sclérogène du Professeur Lannelongue consistant à faire pénétrer quelques gouttes de chlorure de zinc en solution à 1/10, non point dans les fongosités synoviales, ni dans les foyers tuberculeux, mais immédiatement en dehors d'eux et autour d'eux seulement. C'est à la périphérie des fongosités que se trouvent en effet les processus tuberculeux les plus récents. Mais le chlorure de

zinc est un caustique énergique et de plus une substance nécrosante, et son injection interstitielle est excessivement douloureuse, et pour cette raison est difficilement acceptée par les malades.

En 1899, Hahn recommandait le mélange de 1 à 5 parties de formaline (solution de 35/100 de formaldéhyde dans 100 parties de glycérine). Mais il se produit une violente réaction inflammatoire, une tuméfaction locale, de la fièvre et des douleurs intenses.

On a encore utilisé l'essence de térébenthine au 1/4 qui agirait comme oxydant indirect, mais on lui fait les mêmes reproches qu'à la formaline et au chlorure de zinc.

Les liquides que l'on emploie le plus souvent sont les solutions d'éther iodoformé à 5 ou 10 pour 100, celles de naphthol camphré, et d'eau oxygénée.

Le grand avantage de l'éther iodoformé est sa grande diffusibilité qui permet le dépôt régulier et parfait de l'iodoforme et aussi sa volatilité à la température du corps humain. C'est là aussi l'inconvénient de l'éther iodoformé, car cette tension qu'il acquiert par suite de sa volatilité est très douloureuse, et peut provoquer des accès de suffocation et même des menaces d'asphyxie. De plus il produit parfois des érythèmes et chez les personnes blondes une pigmentation persistante de la peau.

Quant au naphthol camphré, à une indolence presque complète il joint des qualités antiseptiques, corrosives, et modificatrices puissantes. Mais il a

un grand défaut qui, d'après Guinard, doit le faire bannir de l'arsenal thérapeutique.

Des accidents graves peuvent suivre, en effet, les injections de naphthol camphré. M. Guinard a vu des accidents épileptiques survenir à la suite d'une injection dans un foyer ganglionnaire de la région sus-claviculaire droite. Une ponction suivie d'une injection de 25 centimètres cubes de naphthol camphré amena la mort à la suite d'attaques épileptoïdes subintrantes. Les injections de 2 à 3 centimètres cubes sont même parfois dangereuses. Le Dr Grosjean a eu un accident très grave causé par une injection de $1/4$ de centimètre cube.

Une injection de dix gouttes de naphthol camphré dans un trajet fistuleux du genou a donné à M. Forgue de Montpellier les appréhensions les plus vives. Des cas de mort survenue 5 minutes après l'injection ont été vus dans le service de Gérard-Marchant.

Nous devons donc nous associer au Dr Guinard pour demander le bannissement du naphthol camphré.

Quant à l'emploi de l'eau oxygénée, il a été recommandé par le Dr Luton de Reims en 1898. C'est un bon désinfectant, n'est pas douloureux; est sans danger, occasionne un dégagement gazeux qui distend la poche purulente et facilite ainsi l'action de l'oxygène sur les bactéries. Mais par contre l'eau oxygénée est d'une conservation difficile.

De tous ces liquides modificateurs, pas un ne résiste donc à la critique.

Il nous semble que la méthode préconisée par M. le

professeur agrégé Marion, et mise en usage à l'Hôtel-Dieu, a sur ces traitements les deux grands avantages de n'occasionner aucune douleur et de n'être pas toxique, tout en donnant des résultats meilleurs que ceux obtenus par les autres traitements.

Cette méthode consiste à ponctionner d'abord l'abcès ganglionnaire et à faire suivre cette ponction d'une injection de solution d'acide phénique à 5 pour 100.

L'acide phénique pur est employé depuis longtemps déjà par bon nombre de praticiens. Powel de New-York l'emploie pour le traitement des maladies osseuses dans les différentes parties du corps, et il le recommande dans le traitement de l'érysipèle, il le considère même comme un spécifique de cette maladie au même titre que la quinine pour la malaria. Baccelli l'a employé dernièrement dans le traitement du tétanos, et les résultats qu'il a obtenus le font préférer même à l'injection de sérum antitétanique.

Mencièrre de Reims l'emploie depuis 1900 pour le traitement des arthrites suppurées.

L'acide phénique tend donc à devenir aussi bien pour le médecin que pour le chirurgien un merveilleux instrument de thérapeutique.

Comment expliquer cette action thérapeutique, pour ainsi dire contradictoire. En effet, déposé sur la peau saine, il occasionne du sphacèle, au contraire mis en contact avec des lésions il fait cesser la suppuration.

Nous croyons qu'on ne peut expliquer cette action

que par une théorie, qui est celle de Phelps et Mencièrè : « L'acide phénique s'unit à l'albumine des tissus pour former un albuminate éminemment antiseptique. Ce nouveau composé absorbé par les lymphatiques détruit les bacilles.

Cela doit se passer ainsi, car dans l'érysipèle, nous voyons la température tomber, redevenir normale, souvent six heures après la première application. Dans la coxalgie, nous observons qu'après son application la température tombe de 105° F. à 100° au bout de douze heures, pour ne plus remonter, à moins qu'il ne se forme de nouveaux foyers.

Dans le traitement des affections osseuses, la désinfection par l'acide phénique pur est si intense, la suractivité telle, que peu de jours après l'opération, malgré le taraudage des os, les évidements osseux, dès que l'écoulement des produits de déchets est terminé, on peut complètement fermer la plaie et éviter au malade la longueur d'une cicatrisation avec pansement à plat dans une excavation osseuse.

Puisque l'emploi de l'acide phénique pur dans le traitement des lésions articulaires tuberculeuses, de l'érysipèle, etc., donnait ces remarquables résultats, pourquoi son emploi dans les lésions plus bénignes serait-il nul ou dangereux ? Surtout lorsque la dose d'acide phénique pur est proportionnelle à la bénignité de l'affection, lorsque l'on remplace l'acide phénique pur par l'eau phéniquée en solution à 5 pour 100 ? Les observations que nous allons publier seront une preuve que nous devons penser ainsi.

Mais, avant de les publier, nous voulons indiquer la technique opératoire de cette petite opération.

Tout d'abord, il faut se bien convaincre que l'antiseptie la plus rigoureuse est absolument nécessaire et ne pas croire que parce qu'il y a du pus, et du pus infecté, on pourra se contenter d'un dangereux à peu près—je parle ici pour la généralité.— A plus forte raison, devra-t-on, dans les hôpitaux où l'on a à soigner un grand nombre d'enfants atteints d'affections analogues, se garder de toute négligence sur ce point. Il est facile de comprendre, en effet, qu'en portant, en inoculant d'un malade à l'autre des microbes de même espèce peut-être, mais d'une virulence différente, on crée de véritables associations microbiennes qui peuvent porter le plus grave préjudice à la santé de ceux que l'on a mission de guérir.

La première condition est donc de réaliser l'antiseptie du chirurgien et de ses instruments.

Nous n'avons pas à décrire la façon d'aseptiser le chirurgien, mais nous pouvons dire quelques mots sur celle de tenir les instruments en état de servir.

La seringue la plus commode est une seringue de 5 ou 10 centimètres cubes. De la sorte l'aiguille a un diamètre suffisant pour livrer passage au liquide purulent lors de la ponction. Si le diamètre est trop petit le pus ne peut être aspiré, ce qui gêne beaucoup la guérison.

Il faut aseptiser la seringue avant de s'en servir. Il suffit d'y aspirer et d'y maintenir de l'eau phéniquée pendant quelque temps, puis de la laisser trem-

per tout entière dans une solution phéniquée à 1 pour 100, dont elle ne sortira que pour l'usage. On l'y remettra aussitôt après. En ayant soin d'aspirer de cette solution dans la seringue avant de l'y plonger, on mettra en contact avec l'acide phénique à la fois l'intérieur et l'extérieur de la seringue.

La deuxième condition à remplir est de faire l'antisepsie du champ de la lésion.

Il faut tout d'abord savonner largement, sans se servir toutefois de la brosse à cause de la faible épaisseur de la paroi ganglionnaire, faire ensuite des frictions avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'éther sulfurique qui parachèvera l'œuvre du savon par un dégraissage complet. Enfin il faut se servir d'un tampon imbibé d'alcool à 60° pour achever d'aseptiser la région. Pendant le temps que nous aseptisons la seringue, nous plaçons sur l'abcès à ponctionner une compresse imbibée d'eau sublimée à 0,25 pour 1000 ou d'eau phéniquée à 1 pour 100, de la sorte nous sommes assuré d'avoir un champ opératoire aseptique.

Avant de faire la ponction nous chassons le liquide que contient la seringue, passons trois ou quatre fois dans la flamme de l'alcool l'aiguille, et la retrempons dans la solution antiseptique.

Nous sommes assuré, en procédant de la sorte, d'avoir une asepsie parfaite.

Quels sont les malades que nous devons traiter, ou plutôt quels sont les cas dont nous pouvons assurer la guérison ?

Un abcès ganglionnaire tuberculeux est d'autant plus curable que l'épiderme n'est pas aminci, qu'il n'est pas trop tendu, qu'il n'est pas enflammé. Lorsqu'il présente ces conditions, et lorsqu'on pratique l'opération selon notre méthode, la guérison est certaine. On voit les progrès réalisés après chaque injection ; le pus, en effet, change de couleur, de blanchâtre il devient successivement louche, puis couleur chocolat, puis brunâtre, puis rougeâtre, et alors ce n'est plus du liquide purulent, c'est du sang. Plus le changement de couleur s'opère vite plus la guérison est rapide. Souvent l'on voit dès la deuxième injection ce changement de coloration s'accroître, et la guérison complète et définitive est alors obtenue après avoir pratiqué 4 ou 5 ponctions suivies d'injections. L'on perçoit par le palper la régression scléreuse de la poche qui se fait en même temps que le liquide purulent se transforme.

Il faut toujours faire la ponction non dans la peau malade, mais dans la peau saine, à un demi-centimètre environ de la limite de fluctuation. En opérant de la sorte, l'on évite les fistules qui surviennent lorsqu'on traumatise une peau lésée.

Pour pratiquer l'injection voici comment nous opérons : Après avoir aseptisé et la peau et la seringue de la façon que nous avons indiquée plus haut nous ponctionnons l'abcès en peau saine. Nous aspirons le liquide qui s'y trouve, puis nous injectons dans la poche un centimètre cube environ de solution phéniquée à 5 o/o faite suivant les règles du codex. Nous aspirons à nouveau ce liquide.

Nous recommençons ce lavage de la poche deux ou trois fois, suivant que l'abcès est plus ou moins volumineux. Et enfin nous laissons dans la poche de l'eau phéniquée en proportion variable.

Il peut arriver qu'après la première injection de solution phéniquée, l'on ne puisse pas aspirer le liquide, c'est qu'il s'est formé des albuminates insolubles qui sont venus obstruer le calibre de l'aiguille. Il suffit souvent d'y injecter à nouveau de la solution pour chasser ce caillot. Si par hasard l'on ne parvenait pas à le chasser, il n'y a qu'à retirer l'aiguille et à laisser le liquide dans la poche sans plus s'en inquiéter, il n'y a aucun danger à craindre.

Après la ponction, lorsque l'aiguille est retirée, nous plaçons sur la lésion un petit tampon d'ouate que nous maintenons par du collodion élastique.

Généralement l'opération est à recommencer quatre jours après. Si la peau est assez peu épaisse, légèrement tuméfiée, il faut opérer un peu plus tôt. Une bonne règle de conduite est celle-ci : « Opérer dès que la tension de la poche due à la reproduction de liquide est assez forte ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Madame F..., 36 ans, dont le père est mort de bacillose, n'ayant pas d'antécédents pathologiques personnels, vient consulter le 4 janvier 1904 pour une grosseur survenue peu à peu dans l'aisselle gauche. L'évolution date du mois d'août 1903, n'a pas été douloureuse.

Nous l'examinons et nous trouvons une tumeur fluctuante de la grosseur d'un œuf de pigeon, non douloureuse à la pression, la peau est assez épaisse, il n'y a pas d'autres tuméfactions dans l'aisselle.

Nous diagnostiquons : abcès ganglionnaire bacillaire de l'aisselle. Nous lui faisons le jour même, 4 janvier, une ponction. Nous retirons 5 centimètres cubes de pus louche, nettement bacillaire, avec de nombreuses granulations. Nous faisons 3 lavages de 5 centimètres cubes de solution phéniquée, et nous laissons ensuite 3 centimètres cubes de la même solution. Pansement au collodion.

Le 12 janvier. — La malade revient. Elle n'a ressenti aucune douleur consécutive à l'injection. L'abcès a le même volume, mais la ponction nous donne un liquide légèrement

foncé, contenant beaucoup moins de granulations. Deux lavages de la poche. On y laisse 2 centimètres cubes de solution.

Le 16 janvier. — La ponction ne donne que 3 centimètres cubes d'un liquide couleur chocolat sans grumeaux. Nous ne faisons qu'un seul lavage et y laissons 2 centimètres cubes de solution.

La malade ne revient plus.

OBSERVATION II

M. Soul..., 44 ans, a un passé pathologique assez chargé.

Le Dr Quénu lui fait, en août 1902, un grattage du maxillaire inférieur. En août 1903 est atteint de pleurésie du côté droit et en novembre du côté gauche. Ces pleurésies n'ont pas nécessité de ponctions.

En septembre 1903, est apparue, à la région sus-claviculaire droite, une tumeur, d'abord grosse comme une noix, non douloureuse, dure. Un médecin lui propose en novembre de l'opérer, il refuse. La tumeur grossit, se ramollit petit à petit, vient alors à l'Hôtel-Dieu le 11 janvier 1904.

Nous diagnostiquons abcès ganglionnaire tuberculeux sus-claviculaire d'origine osseuse, car la clavicule est un peu douloureuse à la pression et lors des mouvements de l'épaule.

La première ponction nous donne un liquide très épais, très grumeleux, blanc jaunâtre. Nous ne pouvons pas faire de lavages, car il y a coagulation complète dès l'arrivée de la solution. On laisse 4 centimètres cubes dans la poche.

Le 14 janvier, le malade revient, n'ayant ressenti aucune

douleur, ni tuméfaction. Le liquide est toujours grumeleux, de même couleur, mais par contre est plus limpide quoique encore très épais. L'aspiration est toujours difficile, on y injecte 4 centimètres cubes de solution.

La troisième ponction faite le 18 janvier donne cette fois un pus légèrement brunâtre, moins épais, et contenant moins de grumeaux. On injecte 3 centimètres cubes de solution phéniquée.

Le 23 janvier, le pus se dilue bien, est brunâtre, contient toujours quelques grumeaux. Injection de 3 cc. de solution.

La cinquième ponction faite le 29 janvier montre un liquide brunâtre, sans grumeaux. On en retire 5 cc. et on y injecte 2 cc. d'eau phéniquée.

Le malade revient le 3 février, va très bien. Le liquide est couleur chocolat, sans granulations. Son volume est de 4 cc. On injecte après lavages 2 centimètres cubes de solution.

A la septième ponction faite le 8 février on retire 3 centimètres cubes d'un liquide rougeâtre. On injecte dans la poche 2 centimètres cubes de solution.

Le 15 février, le malade vient faire sa huitième ponction qui donne un liquide presque sanguin, 1 cc. 5. On injecte 1 centimètre cube de solution phéniquée.

Le malade ne revient plus.

OBSERVATION. III

M. B..., horloger, 35 ans, a présenté, à l'âge de 15 ans, un abcès froid ganglionnaire de la région sous-maxillaire qui a

été incisé. La cicatrisation a exigé 6 mois pour être complète.

Il y a trois mois une nouvelle grosseur est apparue dans la région latérale gauche du cou, ne lui occasionnant aucune douleur. Cette tumeur s'est ramollie. C'est pourquoi il vient à l'Hôtel-Dieu. Nous trouvons dans la région carotidienne gauche, une tumeur grosse comme une mandarine, fluctuante, légèrement tuméfiée. Son origine est probablement due à l'oreille externe, car il souffre en même temps d'otite externe.

La première ponction faite le 1^{er} février 1904 donne 6 centimètres cubes de pus nettement bacillaire quant à sa couleur, contenant des grumeaux peu nombreux. On fait un lavage et on injecte 4 centimètres cubes de solution.

Le malade revient le 5 février, n'ayant ressenti aucune douleur. La ponction donne 3 centimètres cubes, d'un pus brunâtre, sans grumeaux. Nous injectons 2 centimètres cubes de solution.

Le 10 février la troisième ponction donne comme résultat un centimètre cube de liquide sanguinolent. On injecte un demi-centimètre cube de solution. Le malade revient le 16 février, mais nous n'avons pas à faire une nouvelle ponction car l'abcès ne présente plus aucune fluctuation.

OBSERVATION IV

M. Gar..., 23 ans, s'est aperçu il y a deux mois qu'il avait dans l'aîne gauche une petite grosseur du volume d'une noisette, dure et mobile. Pendant quinze jours, il appliqua de la pommade mercurielle sans obtenir de régression, tout au

contraire, car la tumeur atteint, le 1^{er} février, jour où il est venu consulter, le volume d'une grosse noix, est fluctuante. La peau n'est pas tuméfiée.

La ponction donne 2 centimètres cubes de pus blanchâtre, bien lié, mais ayant cependant quelques grumeaux. On fait un lavage à l'eau phéniquée et on laisse séjourner 1 centimètre cube de solution.

Le 5 février, le liquide (2 cc.) est légèrement brunâtre, sans grumeaux. On injecte 1 1/2 centimètre cube de solution phéniquée.

Le 10 février, la ponction donne un centimètre cube de liquide brunâtre. Injection de 1/2 centimètre cube.

Le malade n'a ressenti aucune douleur à la suite des injections. Il ne revient plus.

OBSERVATION V

Mlle Alzire R..., 18 ans, présente depuis le 20 août 1904 une tuméfaction à la région cervicale gauche, fluctuante, du volume d'une mandarine, non douloureuse à la pression, d'origine dentaire probablement. Présente sur la face dorsale de la main droite une lésion cutanée tuberculeuse. Bon état général.

Le 2 février la première ponction donne un liquide couleur jaunâtre, granuleux, sans odeur, 5 centimètres cube 1/2. On fait un lavage et on laisse séjourner 2 centimètres cubes d'eau phéniquée.

Le 5 février, nous retirons 4 centimètres cubes de liquide jaunâtre encore.

Injection de un centimètre cube.

Le 8 février, le liquide est devenu brunâtre, légèrement visqueux, il n'en est retiré que 3 centimètres $1/2$. On injecte un centimètre cube.

Le 11 février, la ponction ne donne plus que 3 centimètres cubes de liquide brunâtre.

Le 16 février à la cinquième ponction on remarque un liquide rougeâtre sans grumeaux. On injecte encore $1/2$ centimètre cube.

Le 21 février l'abcès nécessite une dernière ponction. C'est un liquide rougeâtre, un centimètre cube seulement.

OBSERVATION VI

M. Georges..., 13 ans garçon boucher, s'est aperçu il y a 3 ans qu'il avait dans le côté gauche du cou une grosseur de consistance dure, survenue à la suite d'une angine sans douleur. Le volume s'est accru et a atteint celui du poing n'occasionnant que de la gêne et non de la douleur. Il vient à la consultation le 15 décembre. On diagnostique un abcès ganglionnaire tuberculeux de la région parotidienne gauche.

La ponction confirme ce diagnostic. On injecte 8 jours de suite un centimètre cube d'éther iodoformé, puis une tous les deux jours. La transformation que l'on escomptait n'arrive pas. Le malade se plaignait beaucoup de la douleur occasionnée par l'éther.

Le 2 janvier le Dr Marion essaie les injections d'eau phéniquée.

Le malade ne souffre nullement. Le résultat fut merveilleux.

Deux jours après l'injection il n'y avait plus de tuméfaction, tout était normal.

Le malade n'est pas revenu.

OBSERVATION VI

M. P..., 38 ans, sans antécédents pathologiques, a ressenti à la suite d'une grippe un engorgement ganglionnaire du côté droit, non douloureux, dur, du volume d'un œuf de pigeon.

Il y a 8 jours cette tuméfaction s'est ramollie, elle vient alors consulter pour le traitement à suivre, le 24 janvier.

La ponction donne un liquide épais, louche, granuleux, 8 centimètres cubes, on injecte 1 centimètre cube de solution phéniquée.

Le 31 janvier, à la deuxième ponction, on remarque un liquide brunâtre, avec encore quelques grumeaux, 3 centimètres cubes. Injection de 1/2 cent. cube.

Le 8 février, le liquide (2 cc.), est nettement rouge et sans grumeaux. Injection de 1/2 centimètre cube.

La malade ne revient plus.

OBSERVATION VIII

M. D..., 34 ans, est venue le 26 décembre 1903 à la consultation de l'Hôtel-Dieu parce qu'elle avait dans la région parotidienne droite trois masses molles, grosses comme une petite noix, que l'on a diagnostiquées abcès ganglionnaire tuberculeux. On y pratiqua 3 ponctions suivies d'injections d'eau phéniquée à quatre jours d'intervalle chaque. La guérison a été obtenue complète.

Au-dessus de ces trois ganglions ramollis se trouvait un petit ganglion dur, gros comme une noisette. Ce ganglion s'est ramolli à son tour, c'est pourquoi elle vient consulter le 7 février et se faire traiter. On a encore affaire ici à un abcès ganglionnaire tuberculeux.

La première ponction donne un liquide jaunâtre, grumeleux. 8 centimètres cubes. On injecte, après lavage de la poche, 3 centimètres cubes de solution phéniquée.

Le 15 février, le liquide ne contient plus de grumeaux, est devenu brunâtre, il n'y en a plus que 3 centimètres cubes. On injecte 1/2 centimètre cube de solution.

Le 23 février à la troisième ponction on trouve un liquide brunâtre, on n'en retire qu'un centimètre cube, et on injecte 1/2 centimètre cube.

La malade ne revient plus dans la suite.

OBSERVATION IX

M. Jean T..., 16 ans, garçon épicier, a eu à la région sous-maxillaire gauche une petite tumeur dure. Depuis 15 jours cette tumeur s'est ramollie et aujourd'hui, 21 février, est complètement fluctuante.

Le diagnostic est abcès ganglionnaire tuberculeux sous-maxillaire gauche.

A la première ponction on retire 4 centimètres cubes de liquide bacillaire. On fait un lavage de la poche et on y laisse 2 centimètres cubes de solution phéniquée.

Le 26 février le liquide est devenu brunâtre sans grumeaux. On en retire 2 centimètres cubes. On injecte 1/2 centimètre cube.

A la troisième ponction, faite le 1^{er} mars, le liquide est rougeâtre, on en retire 1 centimètre cube. On injecte 1/2 centimètre cube.

Le malade ne revient plus.

OBSERVATION X

M. Pr... 25 ans, comptable, vient consulter le 1^{er} mars 1904 pour une grosseur siégeant à la région sous-maxillaire gauche dont il est atteint depuis deux mois. Cette tumeur est fluctuante, de la grosseur d'un œuf de pigeon, la peau est peu épaisse, rouge, il n'y a pas de douleur à la pression.

Cet abcès ganglionnaire tuberculeux est ponctionné, on retire six centimètres cubes de liquide bacillaire. Par suite de la faible épaisseur de la paroi nous n'injectons que un centimètre cube de solution phéniquée et nous recommandons au malade de venir dès que le pus se sera reformé. Mais nos conseils n'ont pas été suivis et le malade revient avec une fistule. Nous fermons cette fistule avec de la gaze que nous maintenons avec du collodion et nous faisons un petit lavage et ne laissons que 1/2 centimètre cube de solution.

Le 5 mars le malade revient, la fistule n'est pas rouverte, nous ponctionnons et retirons trois centimètres cubes de liquide couleur chocolat contenant très peu de grumeaux. Nous injectons 1/2 centimètre cube de solution phéniquée.

Le 9 mars, rien de nouveau ne s'est produit, le liquide est réduit à deux centimètres cubes et demi, couleur brunâtre, la peau est moins rouge.

Le 13 mars, nous ne retirerons que deux centimètres de liquide rougeâtre et nous injectons un demi-centimètre cube de solution. La peau reprend sa couleur normale.

Le 18 mars, nous pratiquons une dernière ponction, car le liquide est en très petite quantité, et la peau est normale.

Le malade ne revient plus.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle montre qu'il ne faut prendre le bistouri qu'à la toute dernière extrémité.

Il faut, s'il se forme des fistules, les fermer, et alors seulement, si le résultat n'est pas bon, avoir recours au traitement chirurgical.

CONCLUSIONS

Que doit nous faire conclure l'examen de ces différents cas ?

Avec notre Maître, M. le professeur agrégé Marion, nous croyons qu'il faut faire connaître à tout le corps médical cette méthode thérapeutique.

Nous le croyons pour plusieurs raisons :

D'abord parce que les injections d'eau phéniquée n'occasionnent aucun phénomène inflammatoire ni douloureux.

Ensuite, parce que ce procédé est exempt de tout danger pour le malade.

Enfin et surtout parce que les résultats obtenus dans le traitement des abcès ganglionnaires tuberculeux par les injections d'eau phéniquée sont les meilleurs que l'on ait obtenus.

Vu : le Président de la thèse,

P. BERGER

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ARLOING. — Leçons sur la tuberculose et certaines septicémies
page 442 et suivantes. Congrès de la tuberculose,
1888, p. 347 ; 1891, page 177.
- AUCLAIR (J.). — Etude expérimentale sur les poisons du bacille
tuberculeux humain. Thèse de Paris, 1897.
- AVIRAGNET. — In Traité des maladies de l'enfance, par Gran-
cher, Comby.
- BALZER et LEROY. — Lymphangites tuberculeuses à marche
rapide (Annales de dermat. et syphil., 1898, p. 662).
- BERGER. — Leçon clinique du 18 novembre 1897.
- BEZANÇON. — Maladies du système lymphatique, in Traité de
médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert.
- BONNET. — Thèse de 1900.
- BRISAUD. — Article « scrofule » in Dictionnaire de Jaccoud.
- BRODIER. — Affection du système lymphatique, in Traité de
Chirurgie par Le Dentu et Delbet.
- BOURSIER (A.) 1881-1882. — Contribution à l'étude des injec-
tions sous-cutanées d'acide phénique, in Journal de
médecine de Bordeaux, 1881-1882, XI, 166, 178.
- CAPITAN. — Tuberculose cutanée primitive par inoculation
directe (Médéc. moderne, 2 octobre 1890).

CHAUFFARD. — Les étapes lymphatiques de l'injection (Semaine médicale, 4 juillet 1894).

DELBET. — In Traité de chirurgie, par Le Dentu et Delbet.

FORGUE. — Précis de pathologie externe, tome I,

FAURE (P.-E.-E.). — Contribution à l'étude des injections hypodermiques et parenchymateuses d'acide phénique. Expérimentation et clinique. Thèse de Bordeaux, 1888.

KIRMISSON. — In Manuel de pathologie externe.

LANNELONGUE. — La tuberculose chirurgicale.

LEJARS. — Essai sur la lymphangite tuberculeuse, in Etudes sur la tuberculose par Verneuil.

LESAGE et PASCAL. — Polyadénite tuberculeuse primitive du premier âge (Arch. génér. de méd., 1893, tome I, p. 270).

MARTIN (A.). — De l'acide phénique en injections sous-cutanées dans le traitement des affections rhumatismales et en général douloureuses (Bulletin et Mém. Soc. de thérapeutique de Paris, 1894-191-200).

MAUCLAIRE (P.). — Thèse de Paris, 1893.

MEUCIÈRE (L.). — Emploi de l'acide phénique pur ou concentré dans l'érysipèle et l'ostéomyélite aiguë (Gazette médicale de Paris, 1902).

— Traitement des tuberculoses articulaires par la phéno-puncture (Communication faite au XIV^e congrès de médecine. Madrid. Séance du 25 avril 1903).

— Ce que doit être le traitement moderne de la tuberculose articulaire. In Archives provinciales de chirurgie, octobre 1902.

— Ankylose chirurgicale des articulations par voie de

suppuration aseptique. Phéno-Arthrodèse (Communication au XVI^e Congrès français de chirurgie. Séance du 24 octobre 1902).

RECLUS. — In Manuel de Pathologie externe.

SILVIO (P.). — Sofra un caso di carbonchio guarito colle iniezioni di accido fenico, in Raccoglitore med. Forli, 1900.

SIJOUS (P.). — Contribution à l'étude clinique des nouveaux traitements des adénites tuberculeuses. Thèse de Paris, 1895.

VELPEAU. — Article « Adénite » dans Dictionnaire de Dechambre.

